

## 第3節 周産期医療

### 1 目指すべき姿

誰もが安心して子供を産み育てることができる環境づくりを推進するため、将来を見据え、限られた医療資源を有効に生かしなが  
ら、身近な場所での出産から高度で専門的な医療まで、分娩<sup>べん</sup>のリスクに応じた安全な医療を継続的に提供できる周産期医療体制を整備  
します。

### 2 現状と課題

#### (1) ハイリスク分娩<sup>べん</sup>への対応

出生数は減少していますが、出生年齢の上昇等に伴い、ハイリスク分娩<sup>べん</sup>の割合は高い水準にあります。

令和5年（2023年）7月に県内10か所目の地域周産期母子医療センターを認定し、2か所の総合周産期母子医療センターと  
合わせて、県内の周産期母子医療センターは12か所体制となりましたが、県内における地域の偏在が見られます。

平成28年（2016年）の母体搬送（妊娠6か月以降）では全体の約13%に当たる143人が近隣都県に搬送されていま  
しが、県医師会と連携して実施する母体・新生児搬送コーディネーター事業の推進等により、令和4年（2022年）は約4%に当  
たる49人と大幅に減少しています。

また、NICU（新生児集中治療室）の必要数は、出生数1万人当たり25床から30床とされています。本県では、令和5年（2  
023年）4月現在174床あり、令和4年（2022年）の本県の出生数（43,451人）で算出すると、出生数1万人当たり  
の病床数は40床となり、必要数を満たしています。

一方、県内の周産期母子医療センターにおけるNICUの病床稼働率は85%を超えるとともに、低出生体重児の出生割合は横ば  
いで推移していることなどから、引き続きNICUの必要数を確保していくことが必要です。

これらの課題を解決するため、引き続きハイリスク分娩<sup>べん</sup>に対応した周産期医療体制の充実に努め、近隣都県との連携体制の充実、  
NICU入院児が早期に退院できる環境整備等に取り組む必要があります。

このほか、精神疾患合併妊婦等、周産期のメンタルヘルスの課題にも取り組む必要があります。

#### (2) 継続的な周産期医療体制の整備

出生数千人当たりで比較すると、分娩取扱施設における常勤換算産婦人科医師数（令和2年（2020年））は、全国平均10.  
6人に対して本県は約9.3人、助産師数（令和2年（2020年））は全国平均29.8人に対して本県は約23.0人となっ  
ています。また、新生児専門医数（令和2年（2020年））は全国平均約1.9人に対して本県は約1.3人と、いずれも全国平均を  
下回っています。このため、周産期医療に従事する医師の負担は非常に大きく、周産期医療に携わる医療人材の確保・育成に加え、  
医師の負担軽減策が必要です。

平成14年(2002年)に129か所あった本県の分娩取扱医療機関数は令和2年(2020年)には83か所まで減少しました。また、平成14年(2002年)の出生場所の割合は診療所が48.0%、病院が50.6%でしたが、令和3年(2021年)は診療所が43.9%、病院が55.6%となりました。

一方、分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.9人(平成20年(2008年))から2.7人(令和2年(2020年))、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は5.1人(平成20年(2008年))から9.0人(令和2年(2020年))と増加傾向であり、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられます。

このような傾向等を踏まえて、地域の実情に応じて、医療資源の集約化・重点化について検討を行うなど、県内で安全に出産ができる体制を継続して確保する必要があります。

### (3) 災害時等における周産期医療体制の整備

東日本大震災などこれまでの災害を踏まえ、災害時における小児・周産期医療体制の整備が求められています。

本県では、災害時の小児・周産期医療体制の構築等を進め、地域における災害時小児周産期リエゾン(医師)は、令和5年(2023年)4月現在29名となっています。

災害時には、ハイリスク分娩への対応を含め、地域の周産期医療ネットワークの構築が求められるとともに、近隣都県との連携体制の充実が必要です。

このほか、新興感染症の発生・まん延時においても、地域の周産期医療を確保するための対策に取り組む必要があります。

## 3 課題解決に向けた主な取組

### (1) ハイリスク分娩への対応

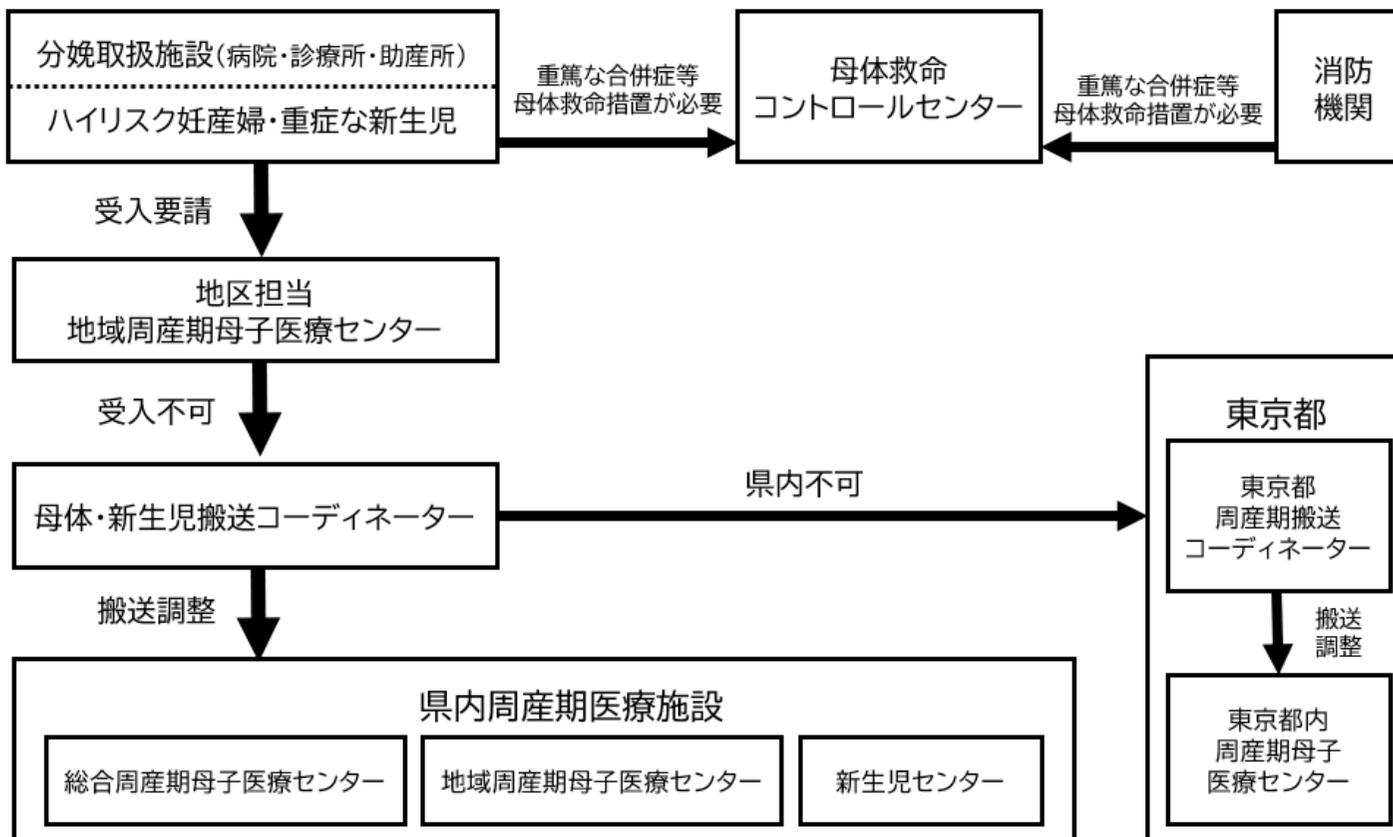
- ア 救命措置が必要な妊産婦の受入体制の確保
- イ ハイリスク妊産婦又は新生児の搬送調整体制の確保
- ウ 近隣都県との連携体制の充実
- エ 周産期母子医療センターの整備、運営支援等による周産期医療体制の充実
- オ ICTを活用した分娩取扱施設に対する支援
- カ 小児在宅医療の推進
- キ 産科医と精神科医の連携体制の構築

### (2) 継続的な周産期医療体制の確保

- ア 周産期医療に携わる医療人材の確保・育成
- イ 助産師、看護師の職能向上による医師の負担軽減

- ウ 分娩取扱施設に対する支援
  - エ 地域の実情に応じた医療資源の集約化・重点化の検討
  - オ 産科医と精神科医の連携体制の構築（再掲）
- (3) 災害時等における周産期医療体制の整備
- ア 災害時小児周産期リエゾンの養成
  - イ 災害時における地域の周産期医療ネットワークの構築
  - ウ 近隣都県との連携体制の充実（再掲）

【図表 3-2-3-1 ハイリスク妊産婦・新生児の搬送調整体制の仕組み】



#### 4 指標

- (1) 母体・新生児搬送コーディネーターの母体搬送調整で4回以上の受入照会を行った割合  
現状値 18.7% → 目標値 15.0%  
(令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度))
  
- (2) NICU・GCU長期(1年以上)入院児数  
現状値 7人 → 目標値 0人(医療の必要性から入院が不可欠な児を除く)  
(令和4年度(2022年度)) (令和11年度(2029年度))